

Sistemik Lupus Eritematosus ve Psikoz: Bir olgu sunumu*

Berna KIVIRCIK, Köksal ALPTEKİN, Samet KÖSE, Nalan GENÇER, Tunç ALKIN,
E. Doğan AVŞARGİL

ÖZET

Sistemik Lupus Eritematosus (SLE), birçok sistemi tutan otoimmün bir bozukluktur. Bu bozuklukta depresyon, mani, anksiyete, konversiyon ve çeşitli psikoz tabloları görülebilmektedir. Burada 6 yıl önce SLE tanısı almış ve koruyucu kinin tedavisi altında iken görsel ve işitsel varsanlar, düşünce sokulması, etkilenme ve etkileme sanrıları şeklinde belirtiler gösteren bir olgu sunulmaktadır. Bu olgunun değişik olan yönü psikotik semptomların ortaya çıktığı dönemde SLE'ye ait klinik belirtilerin ve serolojik test sonuçlarının olumsuz olmasıdır. Bu olgu nedeniyle SLE'de görülen psikoz tablosunun klinik özellikleri tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sistemik lupus eritematosus, psikoz, psikiyatrik belirtiler, kinin

Düşünen Adam; 1995, 8 (3): 55-57

SUMMARY

Systemic Lupus Erythematosus (SLE), is an autoimmune disorder characterized by multisystem manifestations. SLE is associated with depression, mania, anxiety, conversion disorder and various type of psychosis. Here we report a patient who had diagnosis of SLE for 6 years and had psychosis with visual and auditory hallucinations and delusion of control while under preventive quinine treatment. In this case during the period of psychosis other better known manifestations of SLE were absent and results of serological tests were all negative. Clinical features of SLE psychosis has been discussed.

Key words: Systemic lupus erythematosus, psychosis, psychiatric symptoms, quinine

GİRİŞ

Sistemik lupus eritematosus (SLE), santral ve periferik sinir sistemi de dahil olmak üzere pekçok sistemi tutan otoimmün bir hastalıktır. Nöropsikiyatrik SLE (NP-SLE) depresyon, mani, konversiyon reaksiyonu, psikoz, başağrısı, epileptik nöbet, paralizi, organik beyin sendromu, transvers myelit gibi değişik ruhsal ve nörolojik belirtilere yol açabilir (3,5,8,13).

SLE'de psikoz, otoantikörlerin beyin hücrelerini etkilemesi ya da tedavi sırasında kullanılan steroidlerin yan etkisi olarak ortaya çıkabilir⁽¹⁶⁾.

Bu yazıda SLE tanısı almış ancak aktif hastalık belirtileri göstermeyen ve yalnızca ruhsal belirtilerle başvuran bir olgu sunulmakta ve NP-SLE tanısı ile ilgili son bilgiler gözden geçirilmektedir.

* 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul 27-31 Eylül 1995 tarihlerinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri, *** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

OLGU

Bayan A, 21 yaşında, üniversite öğrencisi, bekar. Uykusuzluk, ellerde titreme, huzursuzluk, çabuk öfkelenme, insan sesleri duyma, kendi kendine konuşma, insan hayalleri görme şeklinde yakınmalarla başvurdu.

6 yıl önce yüzde kelebek tarzında eritem, halsizlik ve kilo kaybı yakınmaları üzerine yapılan tetkikler sonucu SLE tanısı almış. Uzun süre steroid tedavisi alan olgu son 3 yıldır steroid almıyor, yalnızca kinin kullanıyormuş. Hastalığın başlangıcında hastanede yattığı dönemde de benzer sesler işiten olgunun bu yakınması kendiliğinden kaybolmuş. Son 6 aydır karamsarlık, yaşamdan zevk almama, ağlama nöbetleri, iştah kaybı, uykusuzluk durumu ortaya çıkmış. İki ay önce olgu tekrar sesler duymaya başlamış. Bu seslere yanıt veriyor, bir meditasyon aracı ile insanlarla ilişki kurabildiğine inanıyor, zaman zaman bu insanların hayallerini de görebiliyormuş.

Son bir haftadır hiç uyumayan, yemek yemeyen, saç kurutma makinasını telefon olarak kullanmak gibi garip davranışları, ellerde şiddetli titremeleri ve huzursuzluğu olan olgu "Genel Tıbbi Duruma (SLE) bağlı Psikotik Bozukluk" ön tanısı ile psikiyatri servisine yatırıldı.

Olgunun ruhsal durum muayenesinde; konuşma miktarında azalma, düşünce blokları, affektif kısıtlılık, egodistonik özellikte görsel ve işitsel varsanıllar, düşünce içeriğinde etkileme ve etkilenme sanrıları, düşünce sokulması, telepati ve meditasyonla ilgili yoğun düşünce uğraşları olduğu saptandı.

Fizik muayenesinde; karın, sırt ve kollarda strialar bulunuyordu. Nörolojik muayenesinde; patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar bulguları normal olan hastanın serolojik test sonuçları da olumsuzdu; ASO:300, CRP (-), Latex (-), LE h.si (-), Ana (-), immünoglobulin ve kompleman düzeyleri normaldi. WAIS testi ile IQ 80 bulundu. EEG ve MRG tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı.

SLE'ye bağlı psikotik bozukluk olarak değerlendirilen olguya 10 mg/gün trifluoperazine başlandı. Bir hafta içinde yakınmaları hafifledi, sanrıları kayboldu, ancak egodistonik özellikteki varsanılları kıs-

men sürüyordu. Olgu ayaktan takip edilmek üzere psikiyatri kliniğinden taburcu edildi. Daha sonraki takiplerinde kendi isteği ile ilaçlarını kesen olgunun yakınmalarının artması üzerine tekrar psikiyatri kliniğine yatırıldı. Kinin kullanımı nadir de olsa görsel ve işitsel varsanıllara neden olabileceğinden, olguda görülen varsanılların kinin kullanımına bağlı olarak gelişip gelişmediğini değerlendirmek için kinin kesildi. Bir hafta boyunca ilaçsız olarak izlendi. Bu süre içinde varsanılları kaybolmayan olguya tekrar antipsikotik ilaç başlandı (Zuklopentiksol 15 mg/gün).

Olgu halen antipsikotik ilaçlarla tedavi görmekte ve düzenli olarak izlenmektedir. Sanrıları tamamen kaybolan olgunun işitsel varsanılları dönem dönem tekrarlamaktadır.

TARTIŞMA

Burada sunulan olgunun en önemli özelliği psikotik semptomların ortaya çıktığı dönemde SLE'e ilişkin klinik belirtilerin ve serolojik test sonuçlarının olumsuz olmasıdır. SLE'li olguların % 25-75'inin yaşamlarının bir döneminde nöropsikiyatrik belirtiler gösterdiği, bunların % 24'ünde de psikoz ortaya çıktığı belirtilmektedir (8). Nöropsikiyatrik belirtilerin genellikle tanıdan sonraki ilk yıl içinde ortaya çıkması beklenmektedir. Ancak burada sunulan olguda olduğu gibi belirtilerin hastalığın başlangıcından sonraki herhangi bir dönemde ortaya çıkabileceğini bildiren yayınlar da vardır (7).

SLE tanı kriterlerine göre ortaya çıkan nöropsikiyatrik belirtilerin kullanılan ilaçlar ve bilinen metabolik bozukluklara bağlı olmaması gerekmektedir (15). SLE'deki psikozların % 5'i steroidlere bağlıdır (8). Bu olguda herhangi bir metabolik olay söz konusu değildi. İlaç olarak ise yalnızca kinin kullanılmaktaydı, steroid kullanımı 3 yıl önce kesilmişti. Kinin ender de olsa işitsel ve görsel varsanıllar, mental konfüzyon ve nöromyopati yapabilmektedir (6,8). Bu nedenle olgu bir hafta süreyle kinin kesilerek ilaçsız olarak izlendi. Varsanılları kaybolmayan olguda ortaya çıkan psikotik tablonun kinin kullanımına bağlı olmadığı düşünüldü.

NP-SLE tanısında beyin dokusuna karşı gelişen antinöronal, antikardiyolipin antikörlerin ve özellikle

lupus psikozunda ribozomal-p-proteine karşı oluşan antikorların saptanması yardımcı olmaktadır (1,2,4,9,10,11,12). NP-SLE'li olgularda beyin görüntüleme tekniklerinden özellikle manyetik rezonans görüntüleme ve beyin SPECT'i tanı koymada değerli bilgiler vermektedir (3,13,14). Ancak burada sunulan olguda NP-SLE ile uyumlu serolojik test ve radyolojik görüntüleme bulguları saptanmadı. Ortaya çıkan psikotik tablonun bir koinsidans da olabileceği düşünüldü.

Ancak tablonun akut başlangıçlı olması, varsanları egodistonik özellikte olması, şizofreniye özgü düşünce içeriğinin olmayışı nedeniyle bir süre önce lupus tanısı alıp tedavi gören olgu "SLP'e bağlı psikotik bozukluk" olarak değerlendirildi.

Burada sunulan olguda da olduğu gibi nöropsikiyatrik SLE tanısı klinisyen için oldukça önemli bir sorun olmakta ve daha kesin tanı yöntemlerine gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Cervera R, Font J, Soto A, et al: Isotype distribution of anticardiolipin antibodies in SLE: prospective analysis of a series of 100 patients. *Ann Rheum Dis* 49:109-113, 1990.
2. Derksen RH, Van Dam AP, Meyling G, et al: A prospective study on antiribosomal-P proteins in 2 cases of familial lupus and recurrent psychosis. *Ann Rheum Dis* 49:779-782, 1990.
3. Dilbaz N, Bitlis V, Önder E: SLE de nöropsikiyatrik görünüm: olgu sunumu ve gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 4:120-125, 1993.
4. Fields RA, Sibbitt WL, Toubbeh H, et al: Neuropsychiatric lupus erythematosus, cerebral infarctions and anticardiolipin antibodies. *Ann Rheum Dis* 49:114-117, 1990.
5. Futrell N, Schultz LR, Milikan C: Central nervous system disease in patients with SLE. *Ann Rheum Dis* 42:1649-1657, 1992.
6. Kayaalp O: Tıbbi Farmakoloji. 5. baskı. Antibiyotikler ve diğer kemoterapötikler: Antimalaryal ilaçlar. s. 883-989.
7. Kaya BR, Neuwelt MC, London SS, et al: Central nervous system SLE mimicking progressive multifocal leukoencephalopathy. *Ann Rheum Dis* 51:1152-56, 1992.
8. Kelley WD, Harris ED: Textbook of rheumatology. Clinical features of SLE: Neuropsychiatric manifestations. 4. baskı, s.1117-19, 1981.
9. Kohen M, Asherson RA, Gharavi AE, et al: Lupus psychosis: differentiation from the steroid-induced state. *Clin Exp Rheum* 11:323-26, 1993.
10. Long AA, Denburg SD, Carbotte RM, et al: Serum lymphocytotoxic antibodies and neurocognitive function in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 49:249-253, 1990.
11. Mc Hugh NJ, Moyer DAH, James IE, et al: Lupus anticoagulant: clinical significance in anticardiolipin positive patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 50:548-552, 1991.
12. Out HJ, Vliet MV, Groot PG, et al: Prospective study of fluctuations of lupus anticoagulant activity and anticardiolipin antibody titre in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 51:353-57, 1992.
13. Sibbitt WL, Sibbitt RR, Griffey RH, et al: Magnetic resonance and computed tomographic imaging in the evaluation of acute neuropsychiatric disease in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 48:1014-1022, 1989.
14. Szer IS, Miller JH, Rawlings D, et al: Cerebral perfusion abnormalities in children with central nervous system manifestations of lupus detected by single photon emission computed tomography. *J Rheum* 20:2143-48, 1993.
15. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, et al: The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Art Rheum* 11:1271-77, 1982.
16. Zvaifler NJ, Bluestein HG: The pathogenesis of central nervous system manifestations of systemic lupus erythematosus. *Arth Rheum* 7:862-66, 1982.